

化学物質過敏症 問診票

ID: _____

記入日: _____年____月____日

氏名: _____ 年齢: _____歳 生年月日 _____年____月____日

問診票の書き方

- ・ 空欄は残さず必ず1カ所だけに○をつけてください。
- ・ 10歳未満の児童の場合には、保護者の方が判断してご記入ください。
- ・ 程度が0～10までの数字で示してあります。当てはまる状態の数字に○をつけてください。

0: まったく症状がなく元気な状態

1～5: 多少の症状があるが元気で生活できる状態

6～9: 症状があるが何とか生活できる状態

10: 具合が非常に悪く動けなくなってしまうような状態

吸入性の化学物質

それぞれの化学物質を吸い込んだときに、体が反応して、例えば頭痛、頭が働かなくなる、呼吸が苦しくなる、胃の不調、ふらふらするなど、さまざまな症状がでるかどうかを聞くものです。

今まで経験したことがあるかご記入ください。

1-1. 車の排気ガス（特にディーゼル車） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

1-2. 石油ストーブや石油湯沸器の排気ガス (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

1の項目の最高点数 ()

2. タバコの煙 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

2の項目の最高点数 ()

3-1. 殺虫剤（有機リンなど：農地、公園、町内での散布、スプレー、くんじょう剤など）
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

3-2. タンスの防虫剤 1
パラジクロロベンゼン：パラゾール臭 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

3-3. タンスの防虫剤 2
ピレスロイド臭（臭いが少ない防虫剤） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

3-4. 蚊取り線香の煙・電気蚊取臭 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

3の項目の最高点数 ()

4. ガソリン臭 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

4の項目の最高点数 ()

5. ペンキやシンナー臭 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5の項目の最高点数 ()

6-1. 消毒剤エタノール (エチルアルコール) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
6-2. 漂白剤(次亜塩素酸)からでる塩素の匂い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
6-3. バスクリーナー (合成洗剤) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
6-4. 床用クリーナー (合成洗剤・ワックス除去剤) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
6-5. 床のワックス (一般市販品) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

6の項目の最高点数 ()

7-1. 香水の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
7-2. トイレや自動車などで使う芳香剤の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
7-3. 洗濯用柔軟剤や洗剤の香料の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
7-4. シャンプーの香料の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7の項目の最高点数 ()

8-1. 新しいアスファルト・コールタールの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

8の項目の最高点数 ()

9-1. マニキュアの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
9-2. マニキュアの除去液の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
9-3. ヘアスプレーの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
9-4. オーデコロンの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

9の項目の最高点数 ()

10-1. 新しいカーベットの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
10-2. 新しいシャワーカーテンの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
10-3. 新車の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
10-4. 新築の家の化学物質の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
10-5. 新しいビニール製品の臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
10-6. マジックインキの臭い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
10-7. 歯科でフッ素塗布をした後 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
10-8. 歯科で歯に詰め物をした後 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
10-9. 歯科で歯の神経の治療をした後 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

10の項目の最高点数 ()

1～10の各項目の最高点数の合計点数（ ）			
どれに該当するか丸をご記入ください	0～19	20～39	40～100
	低い	中等度	高い

・その他にも化学物質で症状が出てくるような物質がありましたら、下書き出して上と同様に0から10の点数を付けてください。

- ・ _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- ・ _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- ・ _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- ・ _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- ・ _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

化学物質に対する反応

今まで経験したことがあるかご記入ください。

1. 塩素消毒された水道水を飲用したとき (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

1の項目の最高点数 ()

2-1. 卵や牛乳、小麦、魚、ソバ、エビ、ゴマなどの食物を食べたときの反応

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

2-2. グルタミン酸ソーダー(味の素など)や人工着色料(黄色4、黄色5、赤2など)、保存剤(パラベンなど)、人工香料のような添加物のどれかに対する反応

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

2-3. 漂白に使われた亜硫酸塩(乾燥果実、ワインなど)への反応

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

2の項目の最高点数 ()

3. 食後一定時間具合が悪くなることがありますか？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

3の項目の最高点数 ()

4-1. コーヒー

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

4-2. 紅茶

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

4-3. 日本茶

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

- 4-4. ウーロン茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
4-5. コーラ等カフェイン含有清涼飲料 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
4-6. チョコレート・ココア (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

4の項目の最高点数 ()

5. 以下のカフェインを含む食品を飲まない（または食べない）と具合が悪くなりますか？

- 5-1. コーヒー (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-2. 紅茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-3. 日本茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-4. ウーロン茶 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-5. コーラ等カフェイン含有清涼飲料 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
5-6. チョコレート・ココア (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

5の項目の最高点数 ()

6. 4と5の質問以外で、何か習慣性になってしまっている、または食べないと体調不良となり具合が悪くなるような食物がありますか？ (ない・ある)

- ・ある場合、その食品は何ですか？ ()
・その食品を食べたときの症状の強さは？ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
・その食品を食べないときの症状の強さは？ (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6の項目の最高点数 ()

7-1. 少量のビール、少量の酒・焼酎などのアルコールで具合が悪くなりますか？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7-2. ワインのような軽いアルコール飲料で具合が悪くなりますか？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

7の項目の最高点数 ()

8. 以下のようなものが皮膚に触れると何か症状がでますか？

- 8-1. 買ったばかりの新しい衣類 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
8-2. 繊維使用の衣類 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
8-3. 金属の装飾品（ピアス、ネックレス、指輪、時計のベルト、ベルトの金具など）
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
8-4. 化粧品類 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

8の項目の最高点数 ()

9. 以下の物質で症状が出たこと（具合が悪くなったこと）がありますか？

- 9-1. 抗生物質 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
9-2. 麻酔薬（局所麻酔・全身麻酔） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

- 9-3. 非ステロイド系解熱鎮痛剤（通常使う痛み止めや解熱剤）
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 9-4. 精神安定剤
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 9-5. X線造影剤
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 9-6. ワクチン
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 9-7. ピルなどの避妊薬
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 9-8. インプラント(金属や人造の骨、シリコンなど体内へ埋め込まれた人工物)
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 9-9. 入れ歯
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 9-10. 避妊器具
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

9の項目の最高点数 ()

10. 次のような自然物にアレルギー反応がありますか？

- 10-1. 樹木や草、その花粉
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 10-2. ダニ、ハウスダスト、かび
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 10-3. 動物のフケや毛
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 10-4. 虫に刺されるとひどく腫れる
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 10-5. 食物などで喘息、鼻炎、じんましん、湿疹のようなアレルギー反応
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない
- 10-6. 天然ゴム製品
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) : 経験がない

10の項目の最高点数 ()

1～10の各項目の最高点数の合計点数 ()

どれに該当するか丸をご記入ください	0～11 低い	12～24 中等度	25～100 高い
-------------------	------------	--------------	--------------

現在の症状

あなたの症状についての質問です。今までの状態を思い出し一番ひどい症状をもとにご記入ください。

1. 筋肉・関節症状

- 1-1** 筋肉の痛み
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 1-2** 関節の痛み
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 1-3. けいれん（こむらがえり）
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 1-4. 筋肉や関節のこわばり
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 1-5. 力が抜ける
 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

1の項目の最高点数 ()

2. 気管粘膜症状

- 2-1. 眼の刺激（目がちかちかする、痛い、かゆい、まぶしい、やける感じ、しみる感じ、目がかすむ）
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 2-2. 咳が出る (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 2-3. 痰がでる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 2-4. ゼーゼーする (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 2-5. 息切れ・呼吸が苦しい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 2-6. 鼻水が出る、鼻がつまる、鼻が痛い、鼻汁がのどの奥の方に流れる感じ
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 2-7. 風邪にかかりやすい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

2の項目の最高点数 ()

3. 心臓・循環器の症状

- 3-1. どうき (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 3-2. 脈のけったい（脈が飛ぶ、ドキッとするとする） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 3-3. 胸の不安感 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 3-4. 胸痛 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3の項目の最高点数 ()

4. 消化器症状

- 4-1. 腹痛 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-2. 胃けいれん（胃がキュッと痛くなる） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-3. 膨満感（おなかが張る） (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-4. 吐き気・嘔吐 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-5. 下痢 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 4-6. 便秘 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

4の項目の最高点数 ()

5. 認識

- 5-1. 集中力がなくなる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 5-2. 記憶力がなくなる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 5-3. 決断力が低下する (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 5-4. 無気力感が強い (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 5-5. 思考力が低下する (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

5の項目の最高点数 ()

6. 情緒

- 6-1. 緊張し過ぎる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-2. あがりやすい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-3. 刺激されやすい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-4. うつ状態になる (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-5. 泣きたくなったり感情的になったりする (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
- 6-6. 以前興味があったものに興味が持てない (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6-7. 不眠

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6の項目の最高点数 ()

7. 神経・末梢神経の症状

7-1. めまいがする

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7-2. 立ちくらみがする

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7-3. 手足の動きがぎこちない

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7-4. 手足のしびれ

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7-5. 手足のチクチク感

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7-6. 目のピントが合わない

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7-7. 最近、目が悪くなった

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7の項目の最高点数 ()

8. 頭部の症状

8-1 頭痛がする

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

頭痛の性質：締め付けられるような頭痛

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

頭痛の性質：ズキズキする頭痛

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8-2. 頭の圧迫感

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8-3. 頭の中に一杯に詰まった感じ

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8の項目の最高点数 ()

9. 皮膚の症状

9-1. 発疹がでる

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9-2. じんましんがでる

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9-3 アトピー性皮膚炎が悪化した

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9-4. 皮膚の乾燥感がひどくなる

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9の項目の最高点数 ()

10. 泌尿・生殖器の症状

10-1. 外陰部のかゆみがひどい

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-2. 外陰部の痛みがひどい

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-3. トイレが近い

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-4. 尿失禁（おしっこを漏らすこと）が多くなった

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-5. 排尿困難がある

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10-6. 女性の場合は生理時の不快感、苦痛がひどい (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10の項目の最高点数 ()

1～10の各項目の最高点数の合計点数 ()

どれに該当するか丸をご記入ください

0～19

20～39

40～100

低い

中等度

高い

11-1 持続する倦怠感

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

11-2 強度の疲労感

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

「現在の症状」の項目にある それぞれいくつありましたか？

() ()

マスキング（症状の偽装）

化学物質で起きた症状を軽くしようとして無意識に行っている行動、化学物質曝露に対する適応の状態に対する質問です。はい、いいえのどちらかに丸を付けて下さい。

- | | | |
|---|-------|------|
| 1. 週に1回以上タバコを吸ったりしますか | いいえ=0 | はい=1 |
| 2. アルコールの入った飲料、ビール、ワインを週1回以上飲みますか | いいえ=0 | はい=1 |
| 3. コーヒー系の飲み物を週1回以上飲みますか | いいえ=0 | はい=1 |
| 4. 香水、ヘアースプレー、香料入りの化粧品を週1回以上使用しますか | いいえ=0 | はい=1 |
| 5. 過去数年内に殺虫剤、防かび剤処理を家や職場で使用しましたか | いいえ=0 | はい=1 |
| 6. 最近仕事や趣味で週1回以上よく化学物質やガス、煙にさらされましたか | いいえ=0 | はい=1 |
| 7. あなたでなくてもいつもタバコを吸う家族や同居人はいますか | いいえ=0 | はい=1 |
| 8. 家庭で燃焼したガスが部屋の中に出るガストーブや石油ストーブを使いますか | いいえ=0 | はい=1 |
| 9. 繊維類を柔らかくする薬(柔軟剤をよく使いますか | いいえ=0 | はい=1 |
| 10. ステロイド剤・鎮痛剤・抗うつ剤、精神安定剤、睡眠剤などをよく使いますか | いいえ=0 | はい=1 |

1～10の各項目の最高点数の合計点数 ()

どれに該当するか丸をご記入ください	0～3	4～5	6～10
	低い	中等度	高い

日常生活の障害度

病状悪化から記入時までの状態を思い出し○を付けてください。

1. あなたの食事は普通に取っていますか (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. 仕事は十分に出来ますか。または学校へ通えていますか (学生)
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. 新しい家具・調度品に耐えられますか (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4. 衣類の使用に問題がありますか (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5. 旅行や車のドライブは大丈夫ですか (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
6. 化粧品や芳香剤などは使えますか (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
7. 集会、レストランなどへ外出するなど、一般の社会的活動に参加できますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
8. 趣味やレクリエーションは行えますか (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
9. 配偶者など家族とうまく行っていますか (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
10. 料理・家の掃除、アイロンがけ、庭の手入れなどの仕事は、普通に出来ていますか
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

1～10の各項目の最高点数の合計点数 ()

どれに該当するか丸をご記入ください	0～11 低い	12～23 中等度	24～100 高い
-------------------	------------	--------------	--------------

問診のご記入ありがとうございました。

Web問診もありますのでご入力お願いいたします。